○特定健康診査受診券（年度途中　発券用）

被扶養者氏名（受診対象者）　協会　花子　様

被保険者氏名　協会　太郎　様

被保険者証の記号・番号　記号　11010203　　番号　123456

事業所名称　●●●　株式会社　様

被扶養者のみなさまへ

○ まずはじめに、受診券に印字されている氏名、生年月日が被保険者証と相違ないかをご確認下さい。

○ 特定健診の受診を希望される場合は、事前に健診機関へお問い合わせのうえ受診されるようお願いします。
また、市町村が実施する集団健診において、特定健診を受診できることもあります。

○ なお、協会と契約している健診機関名や受診券が使用できる集団健診などの特定健康診査に関する情報は「協会ホームページ→都道府県支部のページ」に掲載していますのでご参照下さい。

※ 健診機関でお支払いいただく自己負担額は、健診機関によって異なります。自己負担額は以下の計算方法となりますのでご注意ください。

特定健診の額（※1）	―	保険者負担額（※2）	＝	自己負担額（※3）

※1 健診の予約をする前に健診機関にお問い合わせ下さい。
※2 この受診券に記載しています。
※3 窓口での自己負担額が「0円」以下の場合は、自己負担額は0円となります。

特定健康診査受診券

2014年　●月　●日　交付

受診券整理番号　131130000001
被保険者証の記号及び番号　記号11010203　番号123456
被扶養者番号　02

※費用請求の処理のため、あなたのお名前にフリガナを書き込んでください。

受診者の氏名　協会　花子
性別　女
生年月日　昭和●年●月●日
有効期限　2014年3月31日
健診内容　・特定健康診査

医療保険者の負担

特定健診（基本部分）	負担額又は負担率	保険者負担上限額 6,520円
特定健診（詳細部分）		保険者負担上限額 3,400円

保険者所在地

保険者電話番号

※この電話番号は受診券に関する問い合わせ先の番号となります。

保険者番号・名称　全国健康保険協会（協会けんぽ●●支部）

協会印の印影（11mm*11mm）

契約取りまとめ機関名　集合B　協会集合A　個別契約

支払代行機関番号　９４８９９０１０
支払代行機関名　社会保険診療報酬支払基金

切り取らないで下さい

注意事項

1 この券の交付を受けたときは、すぐに、下記の住所欄にご自宅（居所可）の住所を自署して下さい。なお、この住所は、受診した健診機関から健診結果を送付する際に用いるものですので、お手数ですが、郵便番号・番地まで正確に記入してください。

2 特定健康診査を受診するときには、この券と被保険者証を窓口に提出して下さい。どちらか一方だけでは受診できません。

3 特定健康診査はこの券に記載してある有効期限内に受診して下さい。ただし、本年度中75歳になられる方は、誕生日の前日まで受診できます。

4 特定健康診査受診結果は、受診者本人に対して通知するとともに、保険者において保存し、必要に応じ、保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。

5 健診結果のデータファイルは、決済代行機関で点検されることがある他、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されますので、ご了承の上、受診願います。

6 就職等の理由により健康保険の被扶養者の資格が無くなったときは、5日以内に必ずこの券を保険者に返して下さい。

7 不正にこの券を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることもあります。

8 この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者に差し出して訂正を受けて下さい。

9 特定健康診査を受診される当日は食事制限がありますので、受診日前に必ず健診機関にお問い合わせ下さい。

住所　〒□□□-□□□□　都道府県　市区町村

このQRコードは、券面の情報の入力ミスを防ぎ、事務の効率化・迅速化を図るためのものです。（券面の表示に関わりのない情報はコード化されていません。）

QRコード（22mm*22mm）